

Yo _____, mayor de edad, con DNI _____,

domiciliada en _____, con correo electrónico _____

y teléfono _____, por medio de la presente manifiesto que recibí la

vacuna contra el COVID 19 en fecha _____ y que posteriormente he sufrido

graves efectos secundarios consistentes en _____

Por medio de la presente AUTORIZO a que el abogado que designe la Asociación Policías por la Libertad ponga en conocimiento de la Autoridad judicial estos hechos por si fueran constitutivos de delitos.

Soy informada verbalmente que si mi situación es puesta en conocimiento de la Autoridad judicial la asociación Policías por la Libertad me informará de ello. Igualmente también he sido advertida de que la Ley me reconoce el derecho a ser indemnizada por los daños sufridos

Quedo informada que respecto a mis datos personales podré ejercitar los derechos de acceso, cancelación y rectificación mediante correo electrónico dirigido a la siguiente dirección alianzaspain@protonmail.com

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma